中卫众康（北京）医学科学研究院分院承接申请表

编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请分院名称 |  | 级别 | □省级□市级□县级 |
| 所在城市名称 |   | 所辖市、县（区） |  个（县区级分院无需填写） |
| 拟任分院负责人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 拟设分院地址 |  | 所在辖区 |  |
| 所在地市是否有其他分院 |  | 与拟申请分院的关系 | □同级 □上下级 |
| 拟任分院股东情况 |
| 姓 名 | 目前所在单位 | 职务 | 股东出资比例 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 所有股东签字：   年 月 日 |
| 中卫众康（北京）医学科学研究院秘书处意见： 年 月 日 | 中卫众康（北京）医学科学研究院院务委员会意见： 年 月 日 |

注：本申请表一式两份，并需提交拟任负责人、所有股东身份证复印件、学历证复印件、最高职称复印件、个人简介各一份。请发送扫描件电子版至355197802@qq.com。